

19
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 mars 1907, à 1 heure

PAR

A. AHOND

Né à Ardes-sur-Couze (Puy-de-Dôme), le 11 février 1882.

LES

PARESTHÉSIES PHARYNGÉES

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : { MM. RAYMOND, professeur.
JEANSELME et CARNOT, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Boyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	N.....
Pharmacologie et matière médicale.	SEGOND
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
Clinique médicale.	ROGER.
Maladies des enfants	HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	DIEULAFOY:
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	DEBOVE.
Clinique des maladies du système nerveux.	LANDOUZY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GAUCHER.
Clinique d'accouchements	RAYMOND.
Clinique gynécologique	LE DENTU.
Clinique chirurgicale infantile	TERRIER.
Clinique thérapeutique	BERGER.
	RECLUS.
	DE LAPERSONNE
	ALBARRAN.
	N.....
	PINARD.
	POZZI.
	KIRMISSON.
	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DUPRE	LEPAGE	RIEFFEL (chef
BALTHAZARD	DUVAL	MACAIGNE	des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MAILLARD	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA (ANDRÉ)	JEANSELME	MERY	WALLICH
CARNOT	LABBE	MORESTIN	
CLAUDE	LANGLOIS	POTOCKI	
CUNEO	LAUNOIS	PROUST	
DEMELIN	LEGREY	RENON	
DESGREZ	LEGUEU	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR DEBOVE

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Qu'il nous soit permis d'exprimer, à la fin de nos études médicales, les remerciements que nous devons à nos maîtres.

Nous avons été l'élève des D^{rs} BOUSQUET et DU CAZAL, professeurs de clinique à l'École de médecine de Clermont-Ferrand. Qu'ils veuillent bien accepter toute notre reconnaissance pour leur excellent enseignement et leurs sages conseils. Nos remerciements s'adressent également aux D^{rs} PLANCHARD et MORIN professeurs à la même école. Nous n'avons garde d'oublier notre passage dans le service du D^r POJOLAT.

Nous avons accompli nos différents stages chez MM. le Professeur MAIRET, de Montpellier, le Professeur DEBOVE, le D^r MAYGRIER et enfin le D^r SEBILEAU.

Nous les prions d'accepter le témoignage de notre profonde reconnaissance et de notre respectueux dévouement.

M. le D^r SAINTON ancien chef de clinique, fut toujours pour nous, un maître excellent, joignant beaucoup de

science à beaucoup de bonté. Nous avons eu, bien souvent, recours à ses conseils. Et il fut notre bienveillant guide dans la facture de ce travail. Qu'il nous permette de lui offrir l'assurance de notre respectueux attachement, et le témoignage d'une très grande reconnaissance.

Nous ne voulons pas oublier M. le D^r FERRAND chef de clinique à l'hôpital Beaujon, qui guida notre instruction, dans le service de M. le Professeur DEBOVE.

M. le D^r BOULAY nous ouvrit sa clinique particulière d'oto-rhino-laryngologie. Là, nous pûmes profiter de son enseignement et de ses conseils, ainsi que de ceux de M. le D^r LE MARC-HADOUR, son distingué collaborateur. Il fut, de plus, l'instigateur de notre thèse. Son appui, ses travaux personnels, ont toujours été à notre disposition. Qu'il veuille bien accepter nos plus vifs remerciements, et l'assurance de notre respectueuse sympathie.

Nous remercions M. le Professeur DEBOVE, de l'honneur qu'il nous a fait, d'avoir bien voulu présider la soutenance de notre thèse.

Ici, se place d'ordinaire le mot aimable pour les amis ; aussi, nous sommes heureux de pouvoir adresser, très sincères et très cordiaux, nos meilleurs remerciements, à nos amis, à tous ceux qui nous ont aidé à vivre les heures tristes ou gaies de notre vie d'étudiant.

CHAPITRE I

DÉFINITION

« Eprouver depuis plus ou moins longtemps dans la
« gorge une sensation pénible ou douloureuse et con-
« sulter médecins sur médecins, spécialistes sur spécia-
« listes, sans en rencontrer un seul qui trouve dans
« l'état de l'organe l'explication de la sensation éprou-
« vée », c'est le sort d'un grand nombre de malades
qui, se rendant parfaitement compte des errements et
de l'incertitude des médecins, finissent par ne plus croire
à leur science et à leur art. Il fallait donner un nom
à l'ensemble des symptômes que présentent de tels ma-
lades, et l'on a trouvé le mot de « paresthésies pharyn-
gées ».

A notre avis ce terme demande des explications, car
il ne préjuge de rien.

Si l'on veut bien nous permettre une définition, nous
appellerons avec M. le D^r Boulay, « paresthésies pha-
ryngées » les sensations anormales ou perverses, ne

s'accompagnant d'aucune lésion, suffisante pour les expliquer. Ainsi la malade de l'observation 2, ne présente aucune altération de son pharynx, ou même des organes voisins, et cependant, elle sent une arête engagée dans sa gorge, arête qui est la source de phénomènes extrêmement douloureux.

De même, (obs. 10), on ne s'explique point qu'une adhérence de l'amygdale, accompagnée d'un petit calcul amygdalien, soit suivie d'une sensation de striction du cou, excessivement intense, allant jusqu'à l'oppression, voire jusqu'à l'angoisse.

A l'aide de ses deux exemples, nous pensons la question clairement exposée, aussi allons-nous, sans différer, en aborder l'étude.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Il est juste de rappeler le nom des premiers auteurs qui se sont occupés de cette affection. La liste n'en est guère longue et la partie historique de ce travail s'en trouve considérablement réduite.

Dans les gros traités classiques on trouve à peine mentionnées les paresthésies pharyngées.

C'est en 1895, que, à notre connaissance, furent publiées les premières lignes relatives aux paresthésies. M. le Dr Boulay y décrivait alors « deux cas de paresthésies pharyngées » suivis de quelques considérations pathogéniques très courtes, presque timides, comme sont habituellement les premières idées publiées sur une affection ignorée.

Cinq ans plus tard, en 1900, au Congrès international de médecine, M. le Dr Botey lisait un article plus long, beaucoup plus affirmatif, dans lequel il s'attaquait à la pathogénie et au traitement de l'affection.

Il présentait alors des conclusions fort intéressantes,

parmi lesquelles nous relevons celle-ci : « la cocaïne augmente la paresthésie ». Nous ne pouvons ici donner une analyse succincte de son travail, car lorsque nous exposerons la pathogénie et le traitement de l'affection qui nous occupe, nous aurons à faire la critique très complète de sa communication.

Dès lors, les publications vont se succéder à de moins grands intervalles. En 1904 M. le D^r Heckel, dans la très complète étude sur « le pharynx des arthritiques qu'il publia dans la *Presse thérapeutique*, décrivit très exactement les diverses altérations de la sensibilité qu'il a rencontrées chez eux.

Il trouve surtout des paresthésies chez les sujets adultes porteurs de pharynx irritables tout à fait spéciaux. Puis en 1905, deux articles paraissent, qui traitent des paresthésies pharyngées :

D'une part, M. le D^r A. Bouyer de Cauterets, qui divise les paresthésies en hypo et hyperesthésies et qui en fait deux types cliniques différents, suivant qu'elles évoluent en terrain neuro-arthritique (et alors on a affaire à une « algie » ou à une « irritabilité » particulière des muqueuses), ou en terrain psychopathique (et alors c'est une pure affaire d'auto-suggestion).

D'autre part, M. le D^r Lannois, intitulant son article : « les illusions de fausse présence en pratique otolaryngologique », nous donne deux observations fort complètes et fort suggestives, dont nous reproduisons l'une plus loin.

Mais, il faut arriver en 1906 pour que M. le D^r Boulay écrive l'excellent article qu'a publié la *Presse médi-*

cale. Son travail est l'exposé succinct, mais très complet de la question dont il trace toutes les grandes lignes; il nous a servi de guide dans cette étude et nous ne faisons que développer les idées qui y sont contenues.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE

FRÉQUENCE. — Les paresthésies pharyngées sont des affections fréquentes. Des statistiques n'ont point été faites; les statistiques se font surtout dans les hôpitaux, et ce sont des cas qui ne se rencontrent que très rarement à l'hôpital. Mais les laryngologistes sont unanimes à déclarer que les paresthésies sont une affection fort courante et M. le Dr Boulay pour donner une idée relative de leur fréquence nous dit, « qu'il ne croit
« pas se tromper sensiblement en avançant qu'un cin-
« quième des malades venant consulter les spécialistes
« pour leur pharynx ne présentent pas de lésions expli-
« quant clairement les troubles dont ils se plaignent. »

CAUSES. — A quel âge observe-t-on cette affection? Pour notre part, nous ne l'avons jamais rencontrée dans l'enfance. Et les observations que nous connaissons, et qui ont pour objet les sujets les plus jeunes, accusent un âge minimum de 18 ans. Nous n'avons pas con-

naissance de cas se rapportant à la vieillesse. C'est donc une affection de l'âge adulte et de l'âge mûr. Nous la croyons cependant plus fréquente de 30 à 55 ans.

Au point de vue du sexe, ce sont les femmes qui fournissent la plus grande partie des cas observés. Sur nos douze observations sept se rapportent à des jeunes filles ou à des femmes. Mais pour avoir quelque chose de précis sur ce sujet, il faudrait avoir un nombre de cas beaucoup plus considérable. Et alors la solution qui s'en dégagerait pourrait avoir quelque valeur étiologique.

Il s'agit maintenant de démêler quelles sont les causes provocatrices et déterminantes des paresthésies pharyngées. Ce n'est point chose facile. Souvent ces paresthésies éclosent à la suite d'une poussée de pharyngite, d'amygdalite; parfois d'un coryza. D'autres fois les malades accusent un traumatisme de la muqueuse pharyngienne, ou encore un choc moral, une émotion. Il y a là, en réalité, un problème fort complexe et fort discuté, qui ne peut s'expliquer que par des considérations pathogéniques que nous exposerons plus loin.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Les paresthésies pharyngées revêtent des caractères fort multiples. Il est rare de rencontrer deux malades qui se plaignent d'identiques sensations. Et cela semble même être une preuve de la part qu'occupe dans cette affection le psychisme de chacun. D'ailleurs lorsque nous en exposerons la pathogénie, nous insisterons sur ce point.

M. le D^r A. Bouyer de Caunterets, distingue deux types cliniques de paresthésies pharyngées :

1° Les hyperesthésies. Le malade est alors un « gémisséur excessif » se plaignant de douleurs extrêmement violentes.

2° Les hypoesthésies, et alors il accuse plutôt une gêne qu'une douleur vraie.

Nous ne croyons pas devoir adopter cette distinction. Les sensations que dépeignent les malades, ne sont pas toujours d'une égale intensité. Habituellement, elles débutent par une légère sensation de gêne, pour deve-

nir par la suite beaucoup plus violentes, parfois intolérables.

Les variations de leur intensité sont en relation avec le temps depuis lequel elles existent. Et la sensation est habituellement d'autant plus violente qu'elle dure depuis plus longtemps.

Nous préférons adopter la classification de M. le Dr Boulay qui ramène ces diverses sensations à trois types primitifs.

1° Le plus souvent les malades accusent dans leur pharynx la présence d'un corps étranger. Et les observations enfermées dans ce travail nous montrent que cette sensation fait rarement défaut.

En effet, dans l'observation II, la malade prétend avoir une arête fixée sous l'amygdale ; dans l'observation III, c'en est une autre qui nous affirme avoir les amygdales couvertes de mucosités ; dans l'observation IV on accuse la présence de petits boutons ; dans l'observation VI, M^{lle} de B. compare la sensation ressentie à celle qu'elle aurait eu, si son pharynx eût été rempli de sable. D'autres prétendent avoir une boule, un os, une épine, voire une partie de râtelier comme un malade de M. le Dr Heckel.

La sensation accusée peut donc être unique ou multiple. De plus, quelquefois les malades la localisent avec beaucoup de facilité. Ils n'hésitent point à dire que c'est à tel endroit, et non à tel autre que se trouve leur arête, leurs boutons.

Ainsi dans l'observation I, le malade, très nettement, localise un corps étranger sous l'amygdale droite.

Quel est le siège habituel de ces sensations ? Les malades indiquent souvent l'amygdale, quelquefois la ligne médiane, ou encore l'une ou l'autre des parties latérales de la gorge. Nous n'avons jamais vu de malades indiquant que leur corps étranger se déplace. Aussi nous nous rallions à la façon de voir de M. le D^r Boulay qui considère la sensation de corps étranger comme étant ordinairement fixe.

2° Mais il est certains malades qui n'accusent point de corps étranger. Dans l'observation V, M^{lle} B..., compare sa sensation à celle qu'elle éprouverait si on lui avait saupoudré le pharynx de poivre. D'autres accusent des sensations de râpe, de fer rouge. Nous pensons devoir en former une classe spéciale, où nous les réunirons avec M. le D^r Boulay, sous le nom de « sensations de sécheresse ou d'ardeur ».

3° Parfois, l'élément prédominant est la douleur, soit comme dans l'observation IV, où la malade présente une sensation de brûlure, soit comme dans l'observation VIII où le malade se croyait porteur d'un ulcère du pharynx, soit enfin comme dans l'observation X, où le malade se plaint d'une sensation de constriction intense, allant jusqu'à l'angoisse.

D'autre part, ces sensations douloureuses peuvent s'irradier dans les régions voisines, comme nous le voyons dans l'observation IV, où la douleur s'étend des régions latérales du cou jusqu'à l'apophyse mastoïde gauche. D'ailleurs, ces diverses catégories de sensations peuvent exister soit isolément, soit être réunies chez le même malade. C'est ainsi que dans l'observation IV,

nous voyons le même sujet accuser la présence de corps étrangers et une sensation très nette de brûlure.

Mais les sensations anormales ou perverses ne sont pas les seuls troubles qu'accuse le parsthésique. Il existe ordinairement tout un cortège de symptômes qui gravitent autour du symptôme essentiel constitué par là ou les fausses sensations.

Les plus fréquents des troubles concomitants sont certainement la difficulté et la douleur de la déglutition. Nous la retrouvons dans quatre de nos observations.

Dans l'observation IV, la déglutition est douloureuse surtout pour la salive. Dans l'observation I, la malade nous dit qu'elle déglutit parfois plus facilement les solides que les liquides ; dans l'observation VI, ce sont surtout les mouvements de déglutition à vide qui sont le plus douloureux. Dans l'observation VII, le malade ne peut plus avaler que de l'eau rougie (le vin étant trop irritant), et pour toute nourriture ne supporte que des soupes ou des purées.

Donc, les malades déglutissent plus facilement et moins douloureusement les solides que les liquides, et la déglutition à vide est celle qui exaspère le plus la sensibilité pharyngienne, car, à tout cela, écrit M. le Dr Boulay « s'ajoute le besoin incessant de déglutir la salive ».

Ce sont là des faits très importants à retenir, car ils ont une grande valeur symptomatique, étant presque caractéristiques des parsthésies pharyngées.

Il faut aussi noter la toux que l'on rencontre fré-

quemment. M. le D^r Heckel nous dit, en effet, que certains pharynx de paresthésiques arthritiques se caractérisent par « une sensation permanente de démangeaison « rétro-nasale ou épiglottique, accompagnée de toux d'une fréquence considérable ».

Et dans la plupart de nos observations (VIII, X, VI, III), on voit la toux exister ou tout au moins un raclage souvent incessant. Nous devons d'ailleurs signaler la plus grande fréquence de la toux au réveil.

Si la paresthésie siège au pharynx nasal « elle provoque des secousses expiratoires bruyantes et incessantes par le nez ou bien un raclage guttural constant qui devient un véritable tic ».

Les paresthésies pharyngées peuvent aussi s'accompagner de certains troubles de la voix. Ordinairement, ces troubles ne vont pas jusqu'à une véritable dysphonie ; ils sont essentiellement constitués par de l'enrouement qui se prononce surtout à la fin de la journée.

Dans l'observation V, M^{lle} B. se fatigue rapidement à parler, s'enroue légèrement le soir, et ne peut plus se livrer à ses exercices habituels de chant. Il en est de même de M^{lle} de B., dans l'observation VI. Là, la toux existe, le chant est impossible et la voix parlée est absolument normale.

Il reste encore à noter les troubles sécrétoires. Nous ne les avons jamais observés personnellement et ils ne sont point mentionnés dans nos observations. Les auteurs ne sont pas d'accord, à leur endroit ; certains trouvent de l'hypersécrétion ; d'autres décrivent de l'hypo-sécrétion. M. le D^r Boulay, après nous avoir cité un

cas d'hypersécrétion, chez une paresthésique invétérée qui s'était fait extirper sans résultat sa glande sous-maxillaire, se montre sagement éclectique et admet que l'on peut trouver soit une augmentation soit, une diminution, soit une altération de la sécrétion salivaire.

Que trouve-t-on à l'examen objectif ? Et c'est ici qu'une division s'impose. Car, s'il existe des malades, chez lesquels on trouve des lésions nettes, aussi légères soient-elles, il faut bien avouer que parfois, on ne trouve absolument rien. Et alors, il ne faut point se hâter de conclure « à une pharyngite granuleuse, ou à « une hypertrophie de la luette » ? Ce sont deux affections qui trop souvent ont servi de refuge à des médecins cependant très consciencieux qui voulaient absolument trouver une lésion pour pouvoir s'expliquer les troubles qu'ils constataient. Leur intelligence était peut-être satisfaite, mais point la vérité.

Envisageons d'abord les cas où l'examen objectif nous révèle la présence d'une lésion ou de plusieurs lésions. Si nous dépouillons nos observations, nous constatons que dans l'observation II il existe un très léger état catarrhal de la muqueuse ; dans les observations IV et VI, une adhérence de l'amygdale au pilier antérieur, dans l'observation V, de légères végétations adénoïdes ; dans l'observation VII, une bride musculaire et aponévrotique siégeant à droite et allant de l'angle de la mâchoire au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien ; dans l'observation VIII, une légère rougeur du pharynx nasal et quelques vagues mucosités ; dans l'observation IX, des varices assez volumineuses au niveau

de l'amygdale linguale et dans l'observation X, des petites amygdales bridées, et à gauche, un calcul amygdalien gros comme un petit pois, siégeant entre le pilier antérieur et la tête de l'amygdale.

Ce sont là, les lésions les plus fréquentes. Chez les jeunes, on trouve souvent de légères végétations adénoïdes ; chez les plus âgés, ce sont des granulations, des adhérences amygdaliennes, des hypertrophies de l'amygdale linguale que l'on rencontre le plus souvent. M. le Dr Heckel a également trouvé des paresthésies dans le pharynx petit des arthritiques, où les muqueuses arrivent au contact les unes des autres et dans les pharynx à muqueuse atrophiée des pseudo-anémiques.

Quoi qu'il en soit, les lésions offrent deux caractères principaux : 1° d'être diverses, 2° d'être minimales par rapports aux troubles sensitifs plutôt intenses avec lesquels elles coexistent.

Les paresthésies pharyngées sans lésion, ne sont pas admises par tous les auteurs. M. le Dr Heckel est convaincu qu'il y a toujours une cause tangible expliquant ces altérations de la sensibilité.

Nous ne sommes point de son avis. Deux de nos observations n'ont révélé absolument aucune altération du pharynx ou des organes voisins. Et cependant, nous avons toujours fait contrôler nos examens par des laryngologistes autorisés.

Cette question, d'ailleurs, n'offre qu'un fort médiocre intérêt, car un pharynx considéré comme indemne, peut toujours présenter, pour un œil exercé, une petite

lésion, une légère particularité, une infime anomalie ; et d'autre part d'aussi insignifiantes lésions ne peuvent par leur seule présence expliquer l'intensité et la violence parfois extrêmes des troubles sensitifs constatés.

III. — Il est un autre point fort intervenant qu'on ne peut laisser dans l'ombre.

Nous voulons parler de l'état psychique des sujets affectés de paresthésies pharyngées.

Constamment, nous avons trouvé chez ces malades, un psychisme particulier. Ils ont déjà vu plusieurs médecins dont le traitement est resté totalement inefficace. Et c'est sans aucun espoir, avec des phrases navrées, qu'ils vous détaillent leur histoire pathologique. Puis, ils s'animent, leur vocabulaire devient imagé et leur esprit sait alors trouver des comparaisons frappantes, qui font parfaitement comprendre aux médecins, les sensations qu'ils ressentent. Ils ont un luxe de détails inouïs, et de ce fait ils se rapprochent étrangement des neurasthéniques si souvent décrits, venant consulter le médecin, leurs symptômes catalogués, rédigés, avec infiniment du soin.

Leur état se caractérise par la présence d'une idée fixe. Les sensations qu'ils éprouvent à la gorge sont l'objet de leur constante attention. Il est donc parfaitement compréhensible que leur esprit constamment envahi par l'étude de leurs sensations, arrive à les exagérer et à les pervertir. Le premier degré de leur état est l'obsession, s'accompagnant d'hyperesthésie ou de perversion ?

Par la suite « les diverses sensations ressenties sont

« parfois si vives, si tenaces, qu'elles produisent au
« malade l'illusion absolue du mal qu'elles simulent :
« corps étranger, tumeur, ulcération ».

Ces malades sont des convaincus. Ils sont certains de ce dont ils se plaignent, et parfois se mettent en colère si on leur affirme qu'ils n'ont rien.

M^{me} B... dans notre observation II nous affirmait qu'une arête se trouvait dans sa gorge, et malgré l'examen radioscopique négatif, elle « savait bien qu'elle y était, puisqu'elle la sentait ».

Dans l'observation III, M^{me} R..., nous assure qu'elle a les amygdales bourrées de mucosités, et que ces mucosités ne sont pas une illusion, puisqu'elles sentent horriblement mauvais, lorsqu'elle les expulse. L'illusion est encore plus nette dans l'observation VII que nous avons empruntée à M. le Dr Lannois. Le malade prétend un jour avoir avalé une vertèbre de lapin munie de sa côte. Cette vertèbre s'est arrêtée dans sa gorge tandis que la côte s'enfonçait dans les chairs et venait faire saillie sous le maxillaire à gauche. Et de fait, on constatait une forte saillie qui n'existait pas de l'autre côté. Et cette saillie était constituée purement et simplement par une bride aponévrotique.

Nous ne pouvons passer sous silence le cas suivant du Dr Heckel : Un de ses malades était persuadé que son dentier, qu'il avait égaré, était tombé dans sa gorge. Là, il s'était séparé en deux parties, l'une était accrochée à son pharynx et était cause de sa dysphagie et de son oppression; l'autre avait atteint son estomac, et y causait sa dyspepsie.

Très souvent, les malades n'en restent point à cet état, et leur illusion, leur obsession évoluent rapidement vers l'état psychique particulier que l'on nomme : la phobie, et cela d'autant mieux, que leur intelligence est plus cultivée. Et alors nos paréthériques sont devenus des cancérophobes, des tuberculophobes, des syphilophobes. Ce sont des obsédés et des phobiques. Cette évolution se comprend facilement : les malades ayant visité médecins sur médecins, sans nul profit, se considèrent comme atteints d'une maladie incurable. Dès lors, il n'ont plus qu'à faire un choix dans les diverses affections qu'ils considèrent comme telles, et suivant l'inclination de leur esprit ils se considèrent comme atteints de néoplasme, d'ulcère tuberculeux (obs. VIII et IX).

Que deviennent par la suite les paréthésies pharyngées. Nous n'avons pas à nous occuper ici des malades qui sont guéris par une intervention ou un traitement quelconque. Occupons-nous donc des paréthésies livrées à elles-mêmes. Et d'abord, il faut distinguer : il en est de légères et d'intenses, de fugaces et de continues.

Les paréthésies légères et fugaces sont souvent bien tolérées par les malades. Ainsi dans notre observation I la malade se plaignait d'abord de difficultés de la déglutition survenant et disparaissant sans cause appréciable. Tant que les phénomènes de paréthésie se manifestèrent de cette façon, elle en fut peu troublée, et n'alla consulter que le jour, où elle s'aperçut de la présence d'un corps étranger.

Mais, il faut craindre que les paresthésies les plus fugaces finissent, à la longue, par devenir absolument constantes, même absolument rebelles et par là même, très mal supportées.

Nous n'avons pas observé de paresthésie ayant, sans traitement, disparu pour ne plus revenir. Aussi nous ne croyons pas à la guérison naturelle et spontanée de ces affections.

Leur durée est des plus variables. La paresthésie présente des intermittences de durée fort diverse, et dans nos observations, rien ne nous a paru justifier l'énoncé d'une règle générale à ce sujet.

Quant à leur évolution, elle est intéressante, surtout comme nous l'avons dit, par l'état psychique particulier qu'elle entraîne. Les malades mettent plus ou moins longtemps pour en parcourir les différentes étapes. Et tout dépend souvent de l'époque à laquelle ils viennent consulter.

D'une façon générale, tous les malades sont le jouet de leurs diverses illusions. Ils croient fermement à un corps étranger que leur sensibilité leur révèle dans leur pharynx. De plus, et à des degrés divers, ils sont obsédés par leur idée fixe. Nous avons vu que quelquefois l'obsession faisait place à la phobie ; cela peut même aller beaucoup plus loin. Le malade de l'observation X voulait abandonner son métier. M. Z..., dans l'observation VIII songeait très fermement au suicide. « C'était, pensait-il, le seul moyen de se guérir. » L'évolution de leur psychisme peut les conduire jusqu'à l'aliénation mentale.

Les troubles d'ordre général sont peu fréquents. Même lorsque leur paresthésie date de longtemps, les malades ne sont pas des amaigris et encore moins des cachectiques. Leurs fonctions de nutrition sont intactes, en règle générale. Le malade de M. le Dr Lannois, qui se nourrissait exclusivement de soupes et de purées, ne présentait qu'un amaigrissement très incertain. Il peut arriver cependant que les malades accusent quelques troubles gastriques. Nous les avons observés chez plusieurs de nos sujets. Mais alors c'est une légère dyspepsie, accompagnée d'une faible dilatation d'estomac. Et les troubles de la déglutition chez eux ne sont jamais assez intenses pour compromettre les fonctions de nutrition. Il en est de même pour les fonctions respiratoires qui demeurent absolument indemnes.

Quelquefois, cependant, et si les malades sont parvenus au stade hypocondriaque, ou vésanique, les fonctions de nutrition peuvent être profondément troublées. Mais alors ce sont des troubles imputables à l'altération du psychisme et non aux seules paresthésies.

En résumé, les paresthésies pharyngées sont des affections d'un pronostic relativement bénin, mais qui peut, parfaitement, s'assombrir par l'entrée en scène d'un psychisme spécial, ou par l'impuissance du médecin. Il n'en reste pas moins que ce sont des affections fort désagréables, d'abord pour le malade, souvent pour sa famille, « victime de ces plaintes incessantes » et quelquefois pour le médecin.

OBSERVATIONS

Observation I (*personnelle*).

Prise à la Clinique de M. le D^r BOULAY.

Charlotte B..., 27 ans.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — A 6 ans, rougeole. Paraît être une nerveuse, s'observant énormément. Pas de stigmates d'hystérie. Quelques troubles gastriques, rares.

Cette malade s'est toujours plaint d'une difficulté de la déglutition, survenant et disparaissant sans cause. Cette difficulté est parfois plus intense pour les liquides que pour les solides.

De plus, elle accuse certains accès d'enrouement et même d'aphonie.

Et enfin, elle prétend avoir la sensation très nette d'un corps étranger qu'elle localise sous l'amygdale droite.

A l'examen laryngoscopique et pharyngoscopique, on ne trouve aucune lésion permettant d'expliquer ces troubles. On ne trouve qu'un très léger état catarrhal de la muqueuse.

Observation II (personnelle).

Prise à l'Hôpital Lariboisière, service de M. le Dr SEBILEAU.

M^{me} B..., 64 ans, blanchisseuse.

Antécédents héréditaires et personnels. — Néant. Elle ne présente aucun stigmate d'hystérie ou de neurasthénie, mais elle est très nerveuse.

Le 11 avril 1906. — En avalant une boulette de viande hachée fut prise d'une violente piqure à la gorge. Dès lors elle ne put ni boire, ni manger; à peine, nous dit-elle, quelques cuillerées de lait pouvaient-elles passer.

Elle vint, peu après, à la consultation de laryngologie de Lariboisière, en accusant une sensation extrêmement pénible siégeant à la gorge. La malade affirme, en effet, que dans sa boulette de viande se trouvait une arête, et que cette dernière est bien restée, dans sa gorge, puisqu'elle la sent.

La malade est minutieusement examinée. On l'adresse à l'hôpital Bichat pour lui faire subir un examen radioscopique qui est négatif.

Il n'y a aucune lésion visible.

Nous déclarons à la malade que l'arête n'est plus dans sa gorge, mais qu'elle a provoqué des lésions qui sont la source de ses douleurs.

Nous ordonnons à la malade des inhalations d'eucalyptus et de menthol et du sirop thébaïque.

Peu à peu, la malade qui était allée jusqu'à prendre de l'opium « pour se faire dormir », sent sa douleur disparaître et au bout de quatre semaines de traitement, elle revient complètement guérie.

Observation III (*Personnelle*).

(Lariboisière. Service de M. le D^r SEBILEAU.)

M^{me} R... 36 ans, caissière.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Le passé pathologique de la malade est assez chargé. Catarrhe de la vessie. On lui a dit qu'elle avait de l'anémie cérébrale, elle a eu des crises de larmes.

Notre enquête ne nous a pas permis de savoir au juste ce qu'étaient ces crises.

La malade fut traitée à la Salpêtrière. Là, on lui supprima le sel de son alimentation ; et, dit-elle, elle s'en trouva fort bien.

Cette dame se présente à nous, se plaignant d'une toux incessante due, affirme-t-elle, à la présence de mucosités siégeant sur ses amygdales ; elle nous assure, de plus, que ces mucosités ont une odeur infecte.

Après un examen très minutieux, de son nez, de son larynx, et de son pharynx, examen qui fut pratiqué par l'interne et un assistant de la consultation, nous fûmes obligé de poser le diagnostic de « paresthésie pharyngée ». Aucune lésion, en effet, ne nous avait été montrée par l'examen.

Nous rassurons la malade, après lui avoir fait quelques pointes de feu très légères. Nous ordonnons des inhalations de menthol et d'eucalyptus (pour dissoudre les mucosités) et huit jours après, nous la revoyons, toussant beaucoup moins, très améliorée.

Observation IV (*Personnelle*).

Prise sur une malade de M. le D^r DELACOUR.

Madame Z..., 37 ans.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — A 11 ans, fièvre typhoïde.

A signaler de fréquents maux de gorge.

En juillet 1906, apparition d'une sensation de brûlure dans le pharynx.

La malade est alors traitée par des gargarismes qui ne donnent aucun résultat, puis par des cautérisations répétées de l'amygdale, absolument inefficaces.

La malade accuse alors : 1° toujours ses sensations de brûlures, et 2° la présence de petits boutons dans son pharynx. La déglutition est douloureuse, surtout pour la salive.

Elle a à ce moment, en outre de ces symptômes douloureux, de la courbature, une fièvre légère.

De plus, il existe une douleur profonde allant des régions latérales du cou jusqu'à l'apophyse mastoïde gauche.

En exerçant une pression profonde sur le trajet du récurrent gauche, on trouve le point douloureux inférieur signalé par Benignhaus.

A l'examen, légère adhérence de l'amygdale gauche au pilier antérieur.

La malade est une psychopathe.

A la suite de dissections pratiquées sur son amygdale gauche par M. le D^r Delacour, et de badigeonnages à l'huile mentholée,

les sensations deviennent moins intenses, et se coupent de périodes de rémission, totalement indolores.

A signaler quelques troubles gastriques.

Observation V

(Publiée par M. le Dr BOULAY en 1895.)

M^{me} B.... 22 ans, éprouve depuis près de six mois dans la gorge une sensation de brûlure, d'ardeur, qu'elle compare à celle qu'elle éprouverait si on lui avait saupoudré le pharynx de poivre.

C'est pour elle une véritable obsession.

De plus, elle se fatigue rapidement à parler, à la fin de la journée, elle est parfois légèrement enrouée; elle ne peut élever la voix et a dû renoncer à ses exercices habituels de chant.

Pour toute lésion, il n'existe que de petites végétations adénoïdes, trop peu volumineuses pour gêner notablement la respiration nasale. Les végétations sont enlevées à la curette; après anesthésie au bromure d'éthyle. La sensation de poivre dans la gorge disparut complètement, en même temps que les troubles laryngés. La guérison se maintenait, six mois après l'opération.

Observation VI

(Publiée par M. le Dr BOULAY, en 1895.)

M^{lle} de B...., 18 ans, éprouve depuis quatre mois, époque où elle souffrit de l'influenza, une sensation de sable dans la gorge. Il lui semble que celle-ci soit remplie de graviers. Les mouvements de déglutition, surtout ceux de déglutition à vide, augmentent l'intensité de la sensation. Celle-ci est d'ailleurs res-

sentie d'une façon constante. Depuis quelques semaines, elle est devenue intolérable. A ces troubles, s'ajoutent de fréquents maux de tête, une douleur presque constante à la nuque, des accès de toux bruyante, revenant chaque matin au réveil, et enfin une impossibilité presque complète de chanter, en l'absence de toute modification de la voix parlée.

Le larynx et le nez ne présentent aucune altération. Par contre, il existe une adhérence étendue de l'amygdale gauche au pilier antérieur, et de petites végétations adénoïdes. La rupture de l'adhérence n'est suivie d'aucune modification des symptômes accusés, mais l'ablation des végétations, faite sans anesthésie préalable, amène la disparition complète de la paresthésie et des autres troubles.

Observation VII

(Publiée par M. le Dr LANNOIS en 1905).

Le nommé Pierre Fel..., âgé de 41 ans, manoeuvre, entre dans le service le 27 février 1904. Il ne présente aucun antécédent névropathique héréditaire ou personnel et se défend d'être plus impressionnable que la moyenne des individus. Il ne paraît pas alcoolique. Il sait assez vaguement lire et pas écrire.

Son affection remonte à trois ans. En mangeant du lapin, il avala un fragment d'os volumineux qu'il décrit en détail; c'était dit-il, une vertèbre munie d'une côte. Les irrégularités de la vertèbre et ses prolongements multiples la firent s'arrêter et se fixer dans le pharynx, tandis que la côte s'enfonçait dans les chairs et venait faire saillie sous le maxillaire.

A l'appui de son dire, il fait remarquer que s'il tourne la tête à gauche on peut sentir, sous le maxillaire, à droite, une forte

saillie qui n'existe pas à gauche lorsqu'il tourne la tête à droite. On constate, en effet, que dans ce mouvement, il y a une assez forte bride faisant saillie sous la peau et allant du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien à l'angle de la mâchoire ; elle paraît musculaire ou aponévrotique et n'existe pas à gauche.

Immédiatement après l'accident, il avait une douleur assez vive qui persista cinq à six jours : depuis il n'a jamais souffert. Mais il a une gêne constante, il a besoin de racler son nasopharynx, il est très altéré et boit de la tisane de chiendent, le vin, s'il n'est pas coupé de beaucoup d'eau, lui causant de l'irritation ; surtout il est très gêné pour manger, et depuis deux ans il ne se nourrit que de soupes ou de purées avec un peu de pain très mâché. Le palper de sa région maxillaire est devenu chez lui un véritable tic. Il se plaint de faiblesse générale, mais celle-ci n'est guère appréciable, car il n'est pas maigre, résiste bien aux mouvements qu'on veut lui imprimer, donne 40 au dynamomètre.

Il a un peu d'hémihypoesthésie à gauche, mais la sensibilité au toucher superficiel et à la température est intacte. Il ne présente pas de zones hyperesthésiques ou hystérogènes. Le réflexe conjonctival est faible, le pharyngien aboli. Il n'y a rien du côté des yeux. Il présente un peu de surdité par otite moyenne chronique double, mais ne s'en préoccupe pas.

Aucun symptôme d'affection viscérale. Aucun trouble psychique en dehors de ce que nous venons de signaler, la parole est facile, la mémoire, l'attention, l'association des idées sont normales.

L'examen local ne révélait non plus rien de particulier, sauf un peu de pharyngite granuleuse banale et une hypertrophie assez nette de l'amygdale linguale.

L'affirmation qu'il n'y avait rien dans la gorge ne fit rien, sur l'esprit du malade, convaincu par le fait tangible de sa bride sous-maxillaire.

On entra alors dans les idées du malade qu'une intervention était nécessaire, et le 20 mars 1901 mon collègue Albertin, après anesthésie à l'éther, sectionna une série de brides fibro-aponévrotiques dans lesquelles on reconnaissait quelques fibres musculaires. La section avait été faite en travers, à mi-chemin entre le maxillaire inférieur et le sterno-mastoïdien.

Pendant le réveil on montra au malade un os de lapin qu'on s'était procuré à la cuisine et qu'on avait mis dans un flacon contenant de l'eau colorée avec un peu de perchlorure de fer.

Le soir même notre homme mangeait comme les autres malades. Il a été revu plus d'un an après et la guérison ne s'était pas démentie.

Observation VIII

(Due à l'obligeance de M. le Dr LE MARC-HADOUR.)

M. Q..., 50 ans, névropathe phobique.

A déjà fait, il y a quelques années de la petite mélancolie anxieuse qui a obligé son entourage à exercer sur lui une surveillance continuelle. Il croyait avoir un cancer de l'estomac, parce qu'il avait eu quelques émissions sanguines venant de ses gencives. Il pensait alors que la seule façon de guérir son cancer était de se suicider.

L'an dernier, après une bonne période de deux années, où l'influence bienfaisante d'une compagne très pondérée avait amélioré son état nerveux, il se plaint de sensations très dou-

loureuses dans le pharynx. Il localise très nettement le siège de sa douleur entre le nez et la gorge. Il a une sensation de brûlure, de déchirure, et affirme qu'il a une ulcération, sur laquelle il applique affirmativement le diagnostic de tuberculose.

Il vient consulter avec toute l'allure extérieure d'un profond découragement, qui est presque la signature des phobiques, et raconte son histoire pathologique avec beaucoup de tristesse et d'abattement.

L'examen objectif ne décèle qu'une très vague rougeur du pharynx nasal, avec quelques discrètes mucosités, que le malade expulse à grand renfort de raclage et qu'il décrète venir de l'ulcère tuberculeux de son pharynx.

Un attouchement au menthol calme ces phénomènes douloureux, mais sans cependant les faire disparaître complètement.

Le malade est très amélioré, mais depuis huit mois il doit être revu tous les 15 jours, car son état de débilité mentale est tel qu'il ne peut garder plus longtemps la bonne suggestion que lui imposent l'attouchement au menthol et les paroles consolantes du médecin.

Dans cette observation, où la guérison temporaire oblige à des soins encore assidus, la part du psychisme ressort bien nettement, et il est aisé de voir qu'on ne guérit ces malades qu'au prorata de la conviction qu'on leur impose, soit par une modification temporaire médicamenteuse de leurs sensations subjectives, soit par un simulacre d'intervention, soit par une modification définitive du psychisme.

Observation IX

(Due à l'obligeance de M. le D^r LE MARC-HADOUR).

M. A. . . , 50 ans, viticulteur, vient consulter pour une sensation de corps étranger, existant depuis plusieurs mois, le gênant lors de la déglutition à vide, et surtout pendant la nuit.

Il sent comme une boule dans la gorge, et chez lui s'est installée la phobie du cancer. C'est un malade pléthorique, obèse, coloré, gros mangeur et joyeux vivant, qui n'a jamais été malade jusqu'au jour où se sont installés ces troubles qui l'inquiètent.

L'examen de la gorge et du nez montre, comme tout symptôme objectif, des varices assez volumineuses au niveau de l'amygdale linguale.

Un badigeonnage au menthol, qui, par la sensation de fraîcheur subjective qu'il entraîne, est un merveilleux moyen de contrôle dans de tels cas, fait disparaître immédiatement la sensation accusée par le malade, qui se laisse alors facilement convaincre qu'il n'a pas de cancer, mais simplement, des poussées congestives du côté de son amygdale linguale, comme il en a du reste au niveau d'hémorroïdes, rarement fluentes.

Un petit traitement général destiné à régulariser la circulation veineuse, et quelques pastilles au menthol, qui font disparaître les sensations de corps étranger à la base de la langue, font tout rentrer dans l'ordre.

Au bout d'un an le malade est toujours satisfait et n'a jamais été repris de ses sensations subjectives qui l'inquiétaient et troublaient son sommeil.

Observation X

(Due à l'obligeance de M. le Dr LE MARC HADOUR.)

M. M..., 35 ans, officier.

Sans antécédents névropathiques.

Comme antécédents personnels, il présente quelques vagues manifestations arthritiques.

Pas de troubles gastriques.

Il a déjà été soigné pour du catarrhe chronique des caisses avec bourdonnements d'oreille.

Il présente du catarrhe nasal hypertrophique et un peu de pharyngite supérieure.

Le malade vient consulter, se plaignant de constrictions dans la gorge qui l'empêchent de porter des vêtements serrés autour du cou. Un col, ou un dolman trop strictement fermé entraînent une sensation de strangulation allant jusqu'à l'angoisse. Ces sensations lui sont si pénibles, qu'il envisage l'éventualité d'abandonner sa carrière, plutôt que de continuer à porter un dolman, le serrant réglementairement.

Il y a environ trois mois que ces manifestations se sont installées, et devant leur persistance et leur exagération il se décide à consulter.

En présence du médecin, il tient boutonné son col, et il est pris immédiatement de phénomènes de strangulation avec toux, réflexes nauséux, congestion de la face, phénomènes bruyants qui cessent lorsqu'il se dégrafe.

L'examen de la gorge, difficile à cause de cet état spasmodique, laisse voir de toutes petites amygdales bridées et à gauche un petit calcul gros comme une petite lentille, situé entre le pilier antérieur et la tête de l'amygdale.

Un coup de disciseur les libère.

Immédiatement, le malade, qui, en dehors des crises bruyantes, ressent constamment une sensation de constriction très pénible, se déclare libéré. Il boutonne son col facilement, et part guéri. La guérison s'est maintenue depuis, absolument totale.

Observation XI

(Due à l'obligeance de M. le Dr BOULAY.)

M^{me} T..., 40 ans, éprouve depuis quelques semaines une douleur dans le côté droit de la gorge, analogue à celle que ferait éprouver un fragment d'os implanté dans le pharynx. Elle indique du doigt la région de l'amygdale comme étant le siège de la douleur. L'exploration la plus attentive ne fait découvrir aucune lésion.

Depuis cinq ans, M^{me} T... éprouve sans interruption la même gêne avec des phases d'exaspération pendant lesquelles la douleur s'irradie vers la région sus-claviculaire et l'épaule. Elle est convaincue qu'un corps étranger est resté dans la gorge et qu'un abcès ou un cancer est en train de s'y développer. L'examen aux rayons X qu'elle a réclamé a donné un résultat négatif. Malgré cela et malgré les assurances réitérées que nous lui avons données, l'obsession persiste. Des badigeonnages du pharynx, des révulsifs extérieurs atténuent ses sensations anormales, mais ne les font jamais disparaître. L'état général est excellent.

Obs. XII

(Due à l'obligeance de M. le Dr BOULAY.)

M. P..., 43 ans, se présente à nous en février 1903, se plaignant de ressentir depuis trois mois une gêne dans le côté droit de la gorge avec irradiation un peu douloureuse sur la partie postérieure du bord correspondant de la langue, au point de réunion du pilier du voile avec le bord de la langue. La partie droite du cou lui paraît empâtée au palper ; il est inquiet, anxieux, se demandant s'il n'est pas atteint d'une affection grave. La douleur s'exagère par la déglutition à vide, est calmée au contraire par la déglutition des aliments.

Il n'existe rien d'anormal à la gorge à l'examen avec le miroir ; l'exploration de la loge amygdalienne au stylet coudé ne permet d'y déceler la présence d'aucun crypte malade. De simples badigeonnages à l'huile mentholée à 1/20 soulagent le malade, mais pour quelques semaines seulement.

Depuis cette époque les troubles ont reparu et disparu à plusieurs reprises sans raison apparente : le malade a cependant remarqué que, pendant les vacances et dans les périodes où ses affaires le préoccupent moins, en un mot quand il a de la distraction, la gêne est beaucoup moindre, il lui arrive de ne plus penser à sa gorge pendant des mois entiers. A chaque récurrence des troubles il revient nous trouver pour nous faire part de ses craintes, il redoute le développement d'un cancer. En dernier lieu, nous avons donné le nom de *pharyngite latérale* à son affection : cette dénomination l'a complètement rassuré pour le moment.

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE

La pathogénie est certainement le chapitre le plus discuté des paresthésies pharyngées. Chaque auteur a émis des vues personnelles parfois extrêmement différentes. Et il est assez difficile d'exposer ce paragraphe avec ordre et méthode.

Nous ne voulons pas revenir sur les diverses causes que nous avons énumérées, lorsque nous avons traité de l'étiologie de cette affection. Bornons-nous à rappeler que lorsque l'irritation locale, périphérique, causée par le passage d'un corps étranger a disparu l'impression peut persister dans les centres, et la « sensation survivre ainsi à sa cause ». D'autrefois, c'est un choc moral, une émotion qui sont incriminés, comme *primum movens* ; d'autrefois, la cause provocatrice nous échappe, passe inaperçue. De cela, il ne faut pas conclure qu'il n'en existe point.

Un premier fait à remarquer est la banalité, l'insignifiance, de cette cause provocatrice. Car, comment

expliquer, que d'aussi légères altérations soient suivies de sensations si violentes. Bien plus comment expliquer qu'un calcul amygdalien se manifeste chez un sujet, par une sensation très pénible de strangulation, alors que chez d'autres il passera totalement inaperçu ?

Il y a là, en effet, une question de « terrain », et c'est ce terrain qui comblera l'insignifiance, l'insuffisance pourrait-on dire de la lésion constatée.

Tous nos malades étaient des névropathes. Le terrain névropathique est vaste, il contient de nombreuses variétés. Il s'agit donc de rechercher si les paresthésies pharyngées se rencontrent plus fréquemment dans une variété plutôt que dans l'autre.

M le Dr Botey estime que les hystériques fournissent une bonne proportion de cette catégorie de malades. Et pour lui la boule hystérique n'est qu'une exagération de la paresthésie. Nous ne pouvons pas adopter cette manière de voir. Nous ne disons pas qu'hystérie et paresthésie pharyngée ne puissent coexister sur le même malade, mais il nous est impossible de considérer l'hystérie comme facteur principal. Nos dix observations ne relèvent pas un seul cas d'hystérie. Et si le terrain hystérique était si fréquent dans la genèse de l'affection, il est probable qu'on l'eût trouvé au moins une fois sur douze.

Il existe une autre variété de névropathie qui paraît fournir quelques cas de paresthésie pharyngée : nous voulons parler de la neurasthénie. Beaucoup de malades sont en effet des neurasthéniques enclins à l'auto-

observation. D'autres fois, la névrose existe à l'état latent, et profite de la moindre cause occasionnelle pour apparaître.

Dans ces conditions, il serait alors juste de considérer la paresthésie comme une modalité spéciale de la neurasthénie.

M. le Dr Bouyer accorde aussi une grande place au terrain. Il en distingue deux catégories : 1° le terrain neuro-arthritique et le terrain psychopathique. Et en effet, l'arthritisme se rencontre quelquefois dans les antécédents des malades. Ce sont des sujets caractérisés par un état spécial de leur muqueuse pharyngienne : l'irritabilité. Le malade qui fait l'objet de l'observation X présentait quelques manifestations arthritiques. Tout le monde connaît d'ailleurs le raclage matutinal des arthritiques. Et nous ne faisons nulle difficulté à admettre qu'une telle irritabilité puisse aller chez eux jusqu'à exagérer ou à pervertir leurs sensations.

Il faut encore noter la ménopause qui, comme le dit M. le Dr Boulay, est une période si éminemment favorable au développement des psychonévroses. Dans la plupart des cas, les malades sont des névropathes particuliers. Ce sont des êtres qui se sentent nerveux ; et qui ne sont ni hystériques, ni épileptiques, ni neurasthéniques vrais. Ils ont un psychisme particulier.

Ce sont des gens prompts au découragement, facilement émotionnables, que l'on peut réunir sous la dénomination de psychopathes.

Nous avons dans nos observations observé un cas d'épilepsie, mais comme c'est le seul fait de ce genre

que nous connaissions, nous n'hésitons pas à ne lui accorder qu'une très médiocre importance.

Et maintenant que nous connaissons ces deux facteurs qui se rencontrent constamment dans l'étude des paresthésies, la cause provocatrice et l'état psychique particulier, il nous reste à étudier de quelle façon chez eux se produit la réaction nerveuse qui est la cause directe de leurs sensations. Existe-t-il réellement des lésions invisibles ?

C'est ici, que le problème devient très délicat.

M. le D^r Botey a émis une théorie assez ingénieuse : Ayant objectivement constaté dans quelques cas un certain degré d'anémie avec hypo-esthésie de la muqueuse pharyngienne, il pense que cette diminution de la sensibilité tactile, engendre dans les régions centrales du système nerveux des actions inhibitoires spéciales, réflexes, qui produisent l'illusion d'un obstacle, d'un corps étranger, interposé au passage de l'air et de la salive, et il se produirait alors un tonus réflexe consécutif aux sensations mal perçues par les centres. Il pense aussi qu'il puisse exister une action spéciale produisant sur le sensorium la diminution de l'excitabilité des filets nerveux sensitifs. Ce serait alors une altération des centres de la sensibilité d'une portion du laryngo-pharynx.

Mais, alors, il reste à expliquer les paresthésies s'accompagnant d'hyperhémie et d'hyperesthésie. C'est là le défaut capital de « cette théorie circulatoire » qui n'explique qu'une partie des cas. D'autre part, cette hypoesthésie est de l'aveu de l'auteur bien difficile à

rechercher, et nos recherches à ce sujet ne nous ont donné aucun résultat.

Nous croyons utile avec M. le Dr Boulay, de rechercher d'abord le point de départ exact des sensations accusées par le malade.

Est-ce la muqueuse? Sont-ce les muscles sous-jacents, nous ne le croyons pas. Sont-ce les terminaisons sensibles du glosso-pharyngien? Il s'agirait alors d'une altération nerveuse périphérique, comparable aux névrites?

Ce n'est pas notre opinion, car comment expliquer que l'ablation d'un calcul amygdalien, une discision, la rupture d'une adhérence soient suivies parfois d'une immédiate et totale guérison, alors que d'autres fois, ces diverses interventions ne donnent aucun résultat.

Faut-il admettre une lésion des centres nerveux, « les patients rapportant à la périphérie, leurs sensations, en vertu de la loi, bien connue en physiologie nerveuse, de projection excentrique ». Les cas très nombreux où les badigeonnages à la cocaïne n'ont aucune action sur les sensations, et parfois même les exagèrent, confirmeraient peut-être cette façon de voir.

Mais alors, peut-on admettre qu'une altération du système nerveux central puisse, immédiatement, être guérie par un curettage souvent très relatif du nasopharynx?

Nous pensons qu'il n'est nul besoin de faire intervenir des altérations nerveuses ou périphériques centrales. Et nous considérons purement les paresthésies pharyngées comme des affections provoquées par une

lésion aussi minime soit-elle, mais enfin par une lésion réellement existante, et sur laquelle réagit le système nerveux d'un psychopathe, lui faisant alors percevoir une sensation amplifiée ou altérée.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Cette affection est-elle curable ? Nous en avons la preuve dans nos observations. Il existe quelques cas rebelles. Mais ils sont rares, et souvent tout dépend de la façon de procéder du médecin.

Ce qu'il ne faut jamais faire c'est affirmer brutalement au malade qu'il n'a rien : C'est une conduite déplorable qui n'a jamais guéri les paresthésiques, et qui donne au malade une très mauvaise opinion de son médecin.

Si l'on constate une lésion même insignifiante, il faut la traiter, et souvent les divers troubles sensitifs s'évanouiront en même temps.

Dans les cas où l'on ne constate rien, il faut feindre de croire aux déclarations des malades.

S'ils accusent une arête, et que rien n'ait pu les débarrasser de leur obsession, on peut, comme le conseille Lannois, les anesthésier légèrement au chlorure d'éthyle et, alors qu'ils se réveillent du sommeil anesthésique,

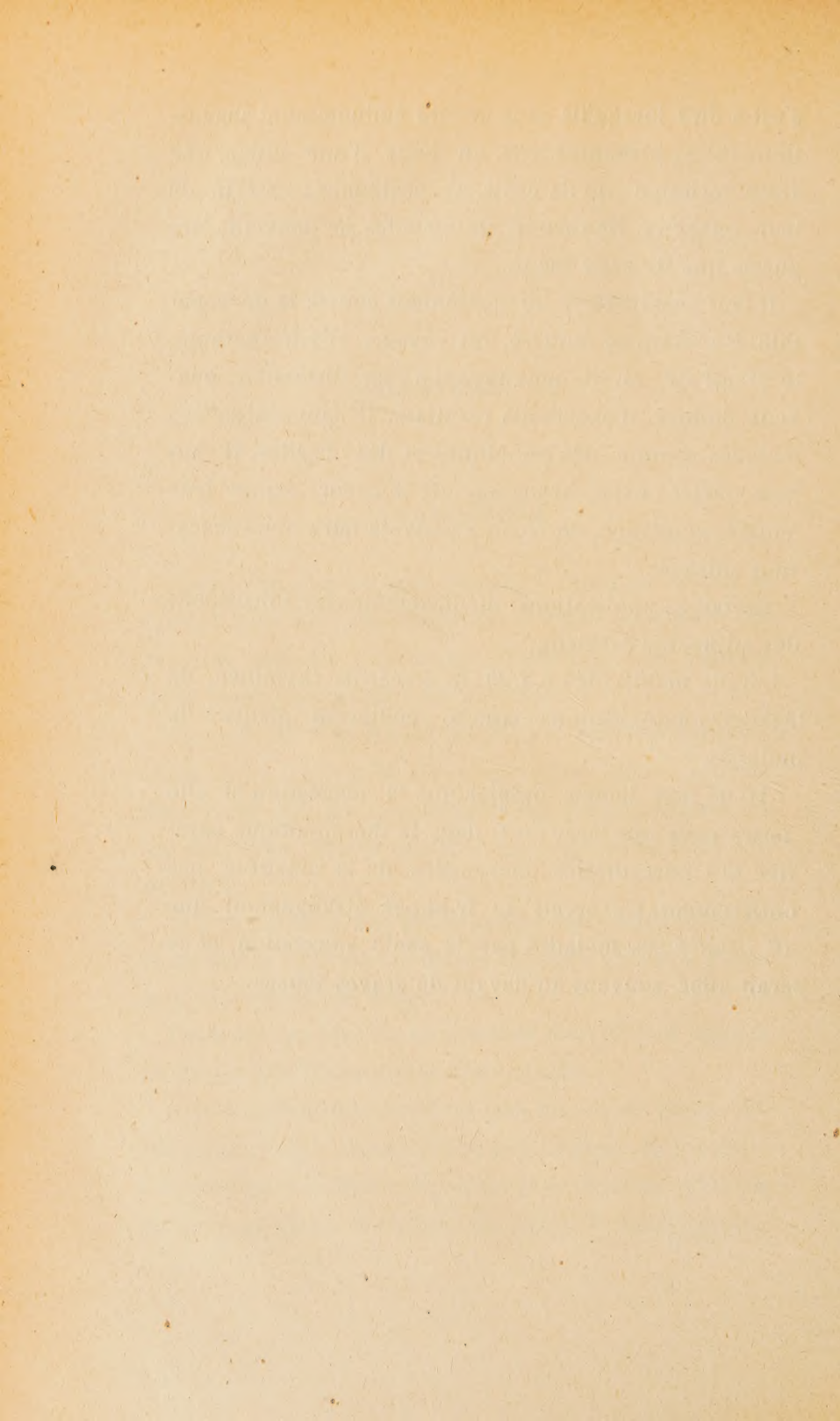
c'est-à-dire lorsqu'ils sont encore éminemment suggestionnables, présentez-leur, au bout d'une pince, une arête véritable qu'ils croiront réellement extraite de leur pharynx. Beaucoup de malades ne peuvent être guéris que de cette façon.

Il faut aussi diriger un traitement contre la névropathie. Un exercice modéré, un voyage, l'hydrothérapie, le grand air, en les soustrayant à leur obsession, peuvent donner d'excellents résultats. Il faut traiter ces malades comme des phobiques et des obsédés. Il faut leur parler avec beaucoup de douceur, capter leur entière confiance, de façon à pouvoir faire une suggestion efficace.

Certaines applications médicamenteuses constituent des adjuvants précieux.

L'huile menth olée à 1/20, la glycérine thymolée, de légères cautérisations ignées améliorent quantité de malades.

Il ne faut jamais oublier que la suggestion si elle entre pour une large part, dans la thérapeutique curative des paresthésies pharyngées, ne la constitue pas entièrement. Ce serait se tromper étrangement que de traiter ces malades par la seule suggestion, et ce serait aller souvent au-devant de graves échecs.



CONCLUSIONS

1° Les paresthésies pharyngées sont fréquentes. Aussi avant d'en porter le diagnostic, faut-il s'assurer qu'il n'existe aucune altération visible capable d'expliquer leur présence.

2° Ce syndrome ne peut être considéré comme une manifestation de l'hystérie. Nous n'avons jamais observé de paresthésies vraies chez les hystériques.

3° Au point de vue étiologique, cette affection paraît être liée à un état névropathique. Nos malades étaient habituellement des psychopathes, quelquefois neurasthéniques ou arthritiques.

4° Comment expliquer cette perversion de la sensibilité ? Très probablement, par un psychisme particulier qui déforme les sensations issues d'une lésion causale : le terrain est indispensable.

5° Les paresthésies pharyngées sont des affections curables. La meilleure thérapeutique à employer doit

